

DECISION DE LA CHAMBRE DE RECOURS DU 4 AVRIL 2019
Numéro de rôle FB-006-18

EN CAUSE DE : Madame A.
Infirmière
La SPRL B.
La SPRL C.
Représentées par Maître D., avocat.

CONTRE : **SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX**,
institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,
établi à 1150 Bruxelles, Avenue de Tervuren 211,
N° BCE : 0206.653.946 ;

Représenté par le Docteur E., médecin-inspecteur, et par Madame
F., juriste.

Exposé des faits - antécédents :

Madame A. a été diplômée en 1995 en tant qu'infirmière brevetée. Après avoir travaillé en maison de repos et en milieu hospitalier, elle a commencé à prodiguer des soins à domicile en 2005, d'abord pour d'autres infirmiers puis pour son propre compte à partir de 2008. Elle est actuellement la gérante de trois SPRL, constituées entre 2011 et 2014, à savoir C., B. (soins infirmiers) et ... (mise à disposition de locaux à des médecins). Les sociétés C. et B. occupent du personnel infirmier.

Au niveau de l'organisation de son travail, elle a notamment déclaré travailler 7 jours sur 7, environ 13 heures par jour et ne pas avoir pris de vacances depuis le début de son activité comme indépendante (P.V.A. du 10 février 2016, p. 1059 du dossier du SECM).

Madame A. a indiqué aux enquêteurs qu'elle n'avait pas de dossiers infirmiers ; elle a présenté des fardes conservées chez les patients, des feuilles de route (listes de travail) et des carnets de prestations (v. page 3 de la note de synthèse).

Le SECM a constaté que les documents internes, carnets de prestations et feuilles de route ne correspondent pas avec la facturation. De plus, la facturation se fait régulièrement très tardivement. Comme c'est Madame A. qui s'occupe de la facturation (elle a reçu une procuration des infirmiers pour facturer en leur nom), les procès-verbaux de constat ont été dressés uniquement à charge de Madame A. et de ses sociétés.

L'enquête a été effectuée en raison du profil de facturation de Madame A., excédant 200.000 euros par an.

Selon le SECM le nombre de prestations attestées semble irréal : ainsi, pour 2014, Madame A. a facturé 27.277 prestations de base (forfaits compris) et 17.703 toilettes, ce qui correspond, en travaillant 365 jours par an, à 75 visites en moyenne par jour dont 48 toilettes.

Adresse pour toute correspondance

Avenue de Tervuren 211 • 1150 Bruxelles • Tel. : 027397111

Heures d'ouverture des bureaux : de 08:00 à 12:00 heures et de 13:00 à 16:00 heures.

Possibilité de rendez-vous.

Le SECM a procédé aux devoirs d'enquête usuels (demande d'informations aux organismes assureurs, auditions de tiers et de Madame A.).

Des lettres de patients de Madame A. ont été adressées au SECM, dont le contenu contredit celui de leur procès-verbal d'audition. Le SECM conteste la fiabilité de ces courriers (v. page 10 de la note de synthèse).

Les procès-verbaux de constat ont été notifiés aux parties défenderesses le 6 avril 2016.

Plusieurs griefs sont formulés, pour des prestations facturées tant par la SPRL B. que par la SPRL C.

Par requête du 13.04.2017, le SECM demandait à la Chambre de première instance (...) de :

- déclarer établis les griefs formulés, à savoir :
- 1. d'avoir porté en compte de l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non effectuées (article 73bis, 1° loi ASSI) pour un montant de **32.908,51 euros** ;
- 2. d'avoir porté en compte de l'assurance obligatoire soins de santé des prestations non conformes à la réglementation ASSI (article 73bis , 2°, loi ASSI) :
 - 2.1. absence de dossiers infirmiers - indu de 78.076,33 euros (13.925,77 euros + 64.150,56 euros, p. 33 de la note de synthèse) ;
 - 2.2. prestations non attestables - indu de 16.541,92 euros ;
 - 2.3. toilettes incomplètes - indu de 273,11 euros ;
 - 2.4. personne non habilitée - indu de 9.012,20 euros (ce grief est totalement couvert par le grief 2.2) ;
 - 2.5. prises de sang - indu : 1618,96 euros (+255,12 euros déjà repris au 2.1) ;
 - 2.6. prestations non effectuées dans un centre de jour pour personnes âgées mais au cabinet de l'infirmière : indu de 0 euro.

Sous-total grief n°2 : **96.510,32 euros.**

Total griefs 1 et 2 : 32.908,51 euros + 96.510,32 euros = **129.418,83 euros.**

- condamner solidairement Madame A. et la SPRL C. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé perçues par la SPRL C., soit la somme de 115.493,06 euros (article 142, § 1er, 1° et 2° de la loi ASSI) et constater qu'un montant de 6.000 euros a déjà été remboursé ;
- condamner solidairement Madame A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé perçues par la SPRL B., soit la somme de 13.925,77 euros (article 142, § 1er, 2° de la loi ASSI) ;

- condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 200 % du montant de la valeur des prestations indues au titre des prestations non effectuées, soit la somme de 65.817,02 euros (article 142, § 1er, 1° de la loi ASSI) ;
- condamner Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues au titre des prestations non conformes, soit la somme de 144.765,48 euros (article 142, § 1er, 2° de la loi ASSI) ;
- dire qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, § 1er de la loi ASSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.

Par décision du 17.03.2018, la Chambre de première instance :

- déclarait établis les griefs formulés pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
- condamnait solidairement Madame A. et la SPRL C. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé perçues par la SPRL C., soit la somme de **115.493,06 euros** (article 142, § 1er, 1° et 2° de la loi ASSI), dont à déduire la somme déjà remboursée ;
- condamnait solidairement Madame A. et la SPRL B. au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé perçues par la SPRL B., soit la somme de **13.925,77 euros** (article 142, § 1er, 2° de la loi ASSI) ;
- condamnait Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 200 % du montant de la valeur des prestations indues au titre des prestations non effectuées, soit la somme de 65.817,02 euros (article 142, § 1er, 1° de la loi ASSI) ;
- condamnait Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150 % du montant de la valeur des prestations indues au titre des prestations non conformes, soit la somme de 144.765,48 euros (article 142, § 1er, 2° de la loi ASSI), mais assortit cette condamnation d'un sursis partiel d'une durée de trois ans, correspondant à 50% de l'amende calculée sur la valeur des prestations non conformes relatives à la non-tenue des dossiers infirmiers, de telle sorte que l'amende effective s'élève à **86.208,23 euros** ;
- dit qu'à défaut de paiement des sommes dues par Madame A. dans les 30 jours de la notification de la décision de la Chambre de première instance, des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 156, § 1er de la loi ASSI, seront dus, de plein droit, à compter de l'expiration du délai précité.
- dit que la décision exécutoire de plein droit par provision nonobstant tout recours (article 156, § 1^{er} de la loi ASSI).

Par requête du 02.05.2018, Madame A., la SPRL B. et la SPRL C. interjetaient appel de la décision susdite.

Recevabilité de l'appel :

L'appel, régulier dans la forme et dans le temps est recevable, sa recevabilité n'étant d'ailleurs pas contestée.

Discussion :

a) Eléments matériels constitutifs des infractions - remboursement de l'indu – principes :

En application de l'article 142, §1, 2° de la loi coordonnée le 14.07.1994 (pour les faits commis à partir du 15.05.2007), le dispensateur de soins qui porte en compte à l'assurance soins de santé des prestations non conformes ou non effectuées est sujet au remboursement de la valeur des prestations concernées.

Il suffit que les éléments matériels constitutifs d'une infraction "réalité" ou "conformité" (comme c'est le cas en l'espèce) basée sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14.07.1994 soient établis pour entraîner une obligation de remboursement de l'indu sans qu'aucun élément moral ne soit requis.

L'existence d'une éventuelle cause de justification (contrainte, erreur, force majeure, etc.) ne fait pas disparaître l'obligation de remboursement de l'indu et ne peut avoir d'incidence, le cas échéant, que par rapport à une éventuelle amende administrative.

Lorsque des prestations sont portées en compte de l'assurance soins de santé en violation de l'arrêté royal du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, un remboursement de la valeur des prestations s'impose d'autant plus que les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé sont d'ordre public et d'interprétation stricte.

Par ailleurs lorsque les prestations ont été perçues pour son propre compte par une personne physique ou morale, celle-ci est tenue solidairement au remboursement avec le dispensateur de soins en vertu de l'article 164 al.2 de la loi coordonnée le 14.07.1994.

Le Conseil d'Etat a rappelé qu'il n'appartenait pas au prestataire de soins, fût-ce sous couvert d'interprétation téléologique, de modifier la nomenclature, de telles modifications ne pouvant être apportées que par les autorités compétentes et selon les procédures prévues par les dispositions législatives et réglementaires ayant pareil objet (C.E., arrêt n° 130.202 du 9 avril 2004, inédit).

Le non-respect de la nomenclature des prestations de soins de santé contraint dès lors le prestataire de soins à rembourser le montant des prestations indûment portées en compte de l'assurance soins de santé.

b) Premier grief - prestations non effectuées :

Le SECM reproche à Madame A. d'avoir attesté des soins non effectués concernant 12 assurés durant la période du 31 mars 2014 au 30 juin 2015 (date d'introduction aux organismes assureurs), pour un montant total de 32.908,51 euros facturé par la SPRL C.

Ce grief se fonde sur les déclarations des patients qui sont corroborées dans certains cas par les données sur le remboursement des médicaments.

Le SECM relève aussi que la facturation des soins est souvent effectuée plusieurs mois après la date de « réalisation » des soins.

La circonstance que les patients n'aient pas porté plainte à l'encontre de Madame A. n'a aucune incidence sur le présent litige, l'action du SECM n'étant pas soumise au dépôt d'une plainte par les patients bénéficiaires et n'est par ailleurs guère surprenant en l'espèce, s'agissant de prestations en tiers-payant, Madame A. ayant directement perçu de l'organisme assureur l'intervention de l'Assurance Soins de Santé et Indemnités.

b.1) Madame G. :

En ce qui concerne Madame G., celle-ci a déclaré de manière très claire ne pas recevoir de soins le dimanche (note de synthèse, p. 34).

Madame A. a cependant attesté des soins effectués également le dimanche (7 toilettes par semaine ont été facturées ; voir pages 34 et 35 de la note de synthèse). 1.012,38 euros ont ainsi été indûment portés en compte à l'assurance.

Madame A. produit actuellement le dossier infirmier de Madame G.

Il ne ressort cependant pas de celui-ci que des soins lui auraient été prodigués le dimanche.

b.2) Madame H. :

Madame A. a facturé des prestations de soins d'hygiène (toilettes) pour Madame H., alors qu'il découle de l'audition de son fils que cette dernière n'était pas lavée par l'infirmière (page 35 et 36 de la note de synthèse). 2.343,67 euros ont été indûment portés en compte à l'assurance.

Madame H., présente lors de l'audition de son fils, confirma les propos de celui-ci.

Madame A. produit également le dossier infirmier de Madame H., il ne ressort cependant aucunement de ce dernier que Madame H. aurait bénéficié de toilettes.

b.3) Madame I. :

Concernant l'assurée Madame I., Madame A. a attesté des injections et des toilettes.

La famille de Madame I. a cependant déclaré qu'aucun soin n'avait été effectué (Madame I. refusant les soins) et même ne pas connaître Madame A. ; en outre, une recherche dans les données pharmaceutiques a révélé qu'aucun produit injectable n'avait été délivré.

Madame A. produit actuellement des pièces relatives à un tiers, Monsieur J. sans aucun rapport avec le cas de Madame I.

Il peut en être déduit que 20.217,33 euros ont été à tort portés en compte de l'assurance.

b.4) Monsieur K. :

La déclaration de l'épouse de Monsieur K., Madame L. est également très claire, celle-ci précisant que Madame A. passait tous les jours sauf le samedi et le dimanche et que lorsque Madame A. ne passait pas, c'était son aide soignante, Madame M., qui venait laver son mari (note de synthèse, p.36), déclaration qui contredit à nouveau celles de Madame A. selon lesquelles elle laverait Monsieur K. 1 x par jour.

b.5) Déclarations de patients postérieures aux procès-verbaux :

Madame A. produit des attestations de plusieurs patients faisant état de ce que des soins auraient bien été effectués par Madame A.

Force est cependant de constater que ces documents n'offrent aucune garantie de fiabilité : il ne s'agit pas d'attestations écrites répondant aux conditions de forme prévues par le Code judiciaire (article 961/2) mais de documents manifestement préétablis (lettres dactylographiées) pour les seuls besoins de la cause.

Elles sont toutes dactylographiées et écrites dans le même style. S'agissant de celles envoyées en 2016, l'écriture sur l'enveloppe est la même et elles ont été postées le même jour dans le même bureau de poste.

Il n'y a aucune garantie que ces attestations écrites auraient été recueillies en toute objectivité au contraire des déclarations recueillies par les enquêteurs qui l'ont été, *in tempore non suspecto*, par une autorité assermentée.

Cette assermentation permet de présumer que le contenu des procès-verbaux d'audition dressés par l'agent est conforme aux déclarations recueillies et que la méthode utilisée à cette fin est exempte de reproches (décision CPI RG FA-008-09 confirmée par la Chambre de recours le 17.01.2013).

Cette présomption est certes réfragable, le juge appréciant souverainement la force probante desdits procès-verbaux, en l'espèce il n'apparaît cependant nullement dans le cas d'espèce que ceux-ci seraient entachés d'erreur ou qu'ils devraient être appréciés avec suspicion, contrairement aux déclarations postérieures produites par Madame A., établies dans des conditions inconnues, par des patients fragilisés sur lesquels elle a pu faire pression.

Il s'ensuit que ni les avis positifs des patients quant aux soins prodigués par Madame A. (pièce 10 de son dossier), ni la remise aux patients d'une copie des soins (à partir de juin 2015, soit en fin de période litigieuse), pas plus que les tickets de parking communiqués en vrac, ne démontrent que les prestations litigieuses auraient été effectuées.

Ce grief est donc établi.

c) Second grief - prestations non conformes :

c.1) Grief 2.1 : la tenue incomplète du dossier infirmier

c.1.1) Principes :

Il convient de distinguer le dossier infirmier qui contient notamment la planification et l'évaluation des soins donnés, qui peut être tenu de manière électronique, des attestations de facturation qui doivent, en application dudit article, être porteuses de la signature manuscrite du prestataire de soins.

L'article 73bis, 2° de la loi ASSI énonce que :

« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

(...)

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi. »

L'article 8 de la nomenclature concerne les soins infirmiers.

Les articles 8§2, 8§3, 8§4 et 8§9 de la nomenclature disposent ce qui suit :

- **article 8§2**

« Les prestations suivantes ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin : (...) les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers (...). Cette prescription doit mentionner la nature des prestations, leur nombre et leur fréquence. Elle ne peut être limitée à la seule mention du numéro de nomenclature, mais doit contenir les données nécessaires pour identifier les soins portés en compte. Pour les prestations 425736 et 425751, la prescription doit mentionner, au lieu du nombre de prestations, la période sur laquelle elle porte ; cette période est de maximum un an ; la prescription est renouvelable. Lorsqu'il s'agit de l'administration de médicaments et de solutions médicamenteuses, la prescription doit en outre mentionner la nature et la dose des produits à administrer. Lorsqu'il s'agit d'une alimentation parentérale ou entérale ou de perfusions, la prescription doit en outre mentionner le débit et la quantité par 24 heures. »

- **article 8§3**

« Aucuns honoraires ne sont dus : (...)

5° lorsque le dossier infirmier mentionné dans cet article n'existe pas ou si le contenu minimal décrit au § 4, 2° de cet article n'est pas mentionné dans ce dossier. »

- **article 8§4 2°**

« Le contenu minimal du dossier infirmier comporte au moins :

- les données d'identification du bénéficiaire ;

- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige ;

- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) chaque fois que la nomenclature l'exige ;
- les données d'identification du prescripteur chaque fois que la nomenclature l'exige ;
- l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins ;
- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensés ces soins ;
- la mention relative à la continence visée au § 6, 4°, chaque fois que la nomenclature l'exige. »

(...)

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations spécifiques techniques de soins infirmiers, décrites à la rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3° bis de cet article, ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1er, 1°, V, VI et VII et au § 1er, 2°, V et VI, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs, décrits à la rubrique IV du § 1er, 1° et 2° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

- les éléments spécifiques pour ces prestations fixés dans cet article. Dans les hypothèses visées à l'alinéa 6, par dérogation à l'alinéa 3 et à l'exception des prestations du § 1er, 1°, VI et VII, et du § 1er, 2°, VI, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins chaque semaine dans le dossier infirmier.

Pour ce paragraphe, la semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures.

La planification et l'évaluation des soins doivent répondre, au niveau de leur contenu, à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs. La tenue du dossier n'est pas liée à des conditions de forme (le dossier automatisé est autorisé). Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations, le dossier infirmier doit être conservé pendant une période d'au moins cinq ans. »

Suivant la **directive du 23 mai 2011** concernant le contenu de la planification et de l'évaluation :

« Le plan de soin comprend au minimum la fréquence des différents actes infirmiers qui doivent être exécutés, y compris le moment recommandé. Si besoin est, des instructions supplémentaires sur l'adaptation des soins à la personne sont mentionnées. Le planning d'une précédente période peut être confirmé ou prolongé, adapté ou cessé.

L'évaluation du soin presté est réalisée sur base des observations constatées. Ces observations sont consignées au moment de l'exécution du soin. Il est également important de définir les observations indispensables que l'infirmier doit réaliser et de connaître les scores des différents items de l'échelle d'évaluation relative à la dépendance qui est utilisée. L'évaluation du soin résulte de la confirmation ou de la prolongation, de l'adaptation ou de la cessation du plan de soins, ou de la révision des problèmes du patient ».

- **article 8§9**

« Précisions relatives aux prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1^{er}, 1^o, 2^o, 3^o et 3^{bis}:"

"Les prestations 425375, 425773, 426171 et 429155 ne peuvent être attestées qu'une fois par journée de soins ; il s'agit d'honoraires forfaitaires couvrant l'ensemble des actes techniques spécifiques qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté.

"Pour ces prestations, l'infirmier gradué ou assimilé, l'accoucheuse ou l'infirmier breveté notifie au médecin-conseil les éléments suivants :

a) le numéro INAMI de l'infirmier gradué ou assimilé, de l'accoucheuse ou de l'infirmier breveté qui établit la notification ;

b) le numéro INAMI du prescripteur ;

c) le numéro d'inscription de sécurité sociale (NISS) du bénéficiaire ;

d) le type de prestation ;

e) la date de début et la date de fin de la période."

Le type de prestation désigne soit la mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées), soit l'administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale.

Le plan de soin, établi par l'infirmier gradué ou assimilé, l'accoucheuse ou l'infirmier breveté, est conservé à disposition du médecin-conseil dans le dossier infirmier. Il le fournit au médecin-conseil à sa demande. »

Les articles 6 et 6bis de l'arrêté royal du 28.07.2003 relatif au règlement portant exécution de l'article 22,11° de la loi ASSI traitent des attestations de soins et de fournitures.

L'article 6, §1 reprend la liste des documents devant être remis à l'organisme assureur en vue d'obtenir le remboursement de l'assurance soins de santé.

L'article 6, §2 de ce règlement énonce quant à lui que :

« (...) Pour les prestations de l'article 8 de la nomenclature qui ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin, la prescription doit être jointe à l'attestation de soins donnés sauf :

- lorsqu'il s'agit des prestations dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des bénéficiaires lourdement dépendants et/ou

- lorsque l'obligation de fournir l'attestation de soins donnés à l'organisme assureur n'est pas d'application.

Dans ces cas la prescription doit être conservée dans le dossier infirmier pendant une période d'au moins cinq ans. »

c.1.2) Application au cas d'espèce :

Le SECM soutient que le contenu minimal du dossier infirmier n'est pas rencontré.

Ainsi que relevé au point 2.2.3 de la note de synthèse n° E/..., Madame A. a confirmé le 03.05.2016 ne pas avoir de dossiers infirmiers, ni sur papier ni sur ordinateur.

Elle gardait uniquement chez les patients une « farde rose » avec une feuille où étaient cochées les jours pour les toilettes et glycémie.

Elle a communiqué au SECM plusieurs caisses de documents présentés comme étant des dossiers infirmiers mais consistant en réalité en feuilles de route et carnets de prestations.

Les feuilles de routes sont des feuilles par jour et par prestataire. Elles sont composées du nom et de l'adresse du patient, la période du soin, le soin non détaillé, ces documents ne sont pas des dossiers infirmiers mais de simples listes de travail.

Le carnet de prestations est composé du nom et de l'adresse du patient, de la période concernée et du code de nomenclature.

Ces « fardes roses » conservées chez les patients, feuilles de route et carnets de prestations, ne peuvent en aucun cas être assimilés à un dossier infirmier tel que visé à l'article 8 de la nomenclature dès lors qu'ils ne reprennent pas toutes les mentions minimales requises par la nomenclature en son article 8, §4, 2°, à savoir notamment :

- les données d'identification du bénéficiaire ;
- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige ;
- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) chaque fois que la nomenclature l'exige ;
- les données d'identification du prescripteur chaque fois que la nomenclature l'exige ;
- l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins ;
- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensé ces soins, etc...

Le grief est dès lors établi.

Il convient cependant de relever que le SECM réclamait en première instance pour ce grief :

- s'agissant des prestations facturées par la SPRL B., la somme de **13.925,77 euros** (73 assurés et 3318 prestations pour la période du 01.04.2015 au 31.08.2015) ;
- s'agissant des prestations facturées par la SPRL C., la somme de 64.150,56 euros (105 assurés et 10.970 prestations pour la période du 01.07.2015 au 30.09.2015) ;

Soit un total de **78.076,33 euros**

Le premier juge a cependant retenu les sommes de **13.295,77 euros** (au lieu de 13.925,77 euros) et de 64.150,56 euros soit un total de **77.446,33 euros** et non de 78.076,33 euros comme il l'indique erronément.

Le SECM ne forme aucun appel incident quant à ce.

La décision entreprise sera donc confirmée en ce qu'elle retient la somme de 13.295,77 euros au lieu de 13.925,77 euros.

c.2) Grievs 2.2 - prestations non attestables et 2.3 - toilettes incomplètes :

L'article 8 de la nomenclature ne prévoit aucun code pour attester la prise de tension, pouls, glycémie, ni pour des massages ou couper les ongles.

Madame A. a cependant assimilé, de manière totalement irrégulière ces prestations à des toilettes complètes (v. p. 48 de la note de synthèse).

Le grief 2.2 est établi, l'indu étant de **16.541,92 euros**.

Il en est de même du grief 2.3 d'un montant de **273,11 euros**, ainsi que cela ressort notamment de la déclaration de la fille de Madame N. (v. p. 28 et p. 56 de la note de synthèse) seule une toilette complète par semaine, et non par jour, était effectuée.

Une toilette complète ne peut en outre pas être attestée lorsque l'infirmière se limite à laver les pieds avant de mettre les bas de contention.

Les « demandes de toilettes » produites par Madame A. n'établissent pas qu'elle a réalisé les prestations de toilettes complètes qu'elle a attestées.

Le grief est par conséquent établi.

c.3) Grief 2.4 : personne non habilitée - indu de 9.012,20 euros (déjà repris au 2.2) :

Les soins effectués par Madame M. ne pouvaient pas être attestés dès lors que les conditions imposées par la nomenclature (article 8, § 11 et 12) n'étaient pas réunies : absence d'équipe structurelle composée d'au moins 4 infirmiers exerçant à titre principal et utilisant le même numéro tiers-payant de groupe (v. p. 29 et 30 de la note de synthèse).

Madame M., aide-soignante, ne pouvaient effectuer seule les soins effectués tels que des injections et piqûres (Déclaration de Madame I., PVA du 17.11.2015).

La famille I. a déclaré ne pas connaître Madame A., seule Madame M. venait faire des soins.

Les documents actuellement produits par Madame A. sont sans lien avec le grief invoqué et ne permettent pas de démontrer que Madame M. était habilitée à prodiguer des soins infirmiers à Monsieur J. et à Madame O. (note de synthèse, point 8.3).

Il en découle que les éléments matériels constitutifs de l'infraction sont également réunis s'agissant de ce grief.

c.4) Grief 2.5 - prises de sang attestées à tort sous le code 423430 (injections) :

Madame A. a attesté des soins d'injection intraveineuse lorsqu'elle effectuait des prises de sang à son cabinet ; or, aucun code de la nomenclature n'est prévu pour les prises de sang et le code pour les injections ne peut être utilisé.

Il s'agit de 112 prestations attestées chez 50 assurés durant la période du 01.04.2015 au 31.08.2015 pour un total de 255,12 euros (déjà repris au grief 2.1) s'agissant des prestations indues perçues par la SPRL B. (note de synthèse, p. 4.1.2) et de 708 prestations attestées chez 266 assurés durant la période du 31.03.2014 au 30.06.2015 pour un montant de **1.618,96 euros** s'agissant des prestations indues perçues par la SPRL C.

Madame A. déclare qu'elle ignorait la chose et ne conteste pas le grief.

d) Montant de l'indu – solidarité :

Conformément à ce qui est indiqué ci-dessus, il y a lieu de tenir compte des sommes de **13.295,77 euros** (au lieu de 13.925,77 euros) et de **77.446,33 euros** (au lieu de 78.076,33 euros) (point C.1).

Le montant de l'indu qui doit être remboursé s'élève donc à 115.493,06 € s'agissant des prestations indues perçues par la SPRL C. et à 13.295,77 € s'agissant des prestations indues perçues par la SPRL B. soit un total de **128.788,83 euros** (au lieu de 129.418,83 euros) dont un montant de 32.908,51 euros pour les prestations non effectuées et un montant de **95.880,32 euros** (au lieu de 96.510,32 euros) pour les prestations non conformes dont un montant de **77.446,33 euros** (au lieu de 78.076,33 euros) (13.295,77 euros + 64.150,56 euros) pour les griefs relatifs à l'absence de dossiers infirmiers.

Madame A. conteste le montant indu mais ne produit aucun élément probant de nature à remettre en cause celui-ci, les calculs établis par le SECM apparaissant détaillés et objectivement motivés.

Madame A. a signé les invitations au remboursement volontaire en proposant de rembourser 3.000 euros par mois, ce que le SECM a accepté.
Ce plan de paiement n'a toutefois pas été respecté.

Seuls deux montants de 3.000 euros ont été remboursés le 12.07.2016 et le 21.09.2016 par la SPRL C. (p. 33 de la note de synthèse).

Il en découle que c'est à bon droit, en application de l'article 164, al.2 de la loi ASSI, que le premier juge a pu considérer qu'il y avait lieu à condamnation solidaire de Madame A. et de la SPRL C. ou de la SPRL B. au remboursement des sommes perçues indûment.

e) Infractions - amende administrative :

e.1) Eléments constitutifs des infractions - principes :

Les infractions "réalité" et "conformité" basées sur l'article 73bis de la loi coordonnée le 14.07.1994 sont passibles d'amende moyennant la réunion de deux éléments, un élément matériel et un élément moral.

L'élément matériel réside dans la transgression d'une disposition légale ou réglementaire soit en l'occurrence dans l'accomplissement de l'acte interdit ou dans l'omission de l'acte prescrit.

S'agissant d'une infraction non intentionnelle de nature réglementaire, l'élément moral ne requiert ni intention ni imprudence, une telle infraction est punissable par le seul fait de la transgression de la norme légale ou réglementaire pourvu que cette transgression soit commise librement et consciemment (Cass., 03.10.1994, JT 1995, p.25).

Si le prestataire allègue avec vraisemblance une cause de justification, il appartient au SECM de démontrer que cette cause de justification n'existe pas, ce n'est donc pas au praticien de démontrer l'existence de celle-ci.

L'erreur ou l'ignorance ne peuvent être retenues comme causes de justification que lorsqu'elles sont invincibles, c'est-à-dire lorsqu'il peut se déduire de circonstances que

l'auteur de l'infraction a agi comme l'aurait fait toute personne raisonnable et prudente placé dans les mêmes circonstances. Elle affecte le caractère conscient de l'acte.

La complexité de la législation sociale en vigueur ne peut être considérée comme source d'erreur invincible (CT Liège, 08.11.2010, RG 36410/09, www.juridat.be).

De même la seule constatation que l'auteur de l'infraction ait été mal conseillé, fût-ce par une personne qualifiée, ne suffit pas en soi pour que l'erreur soit considérée comme étant invincible ; il appartient au juge d'apprécier en fait si pareil avis a induit l'auteur de l'infraction dans un état d'erreur invincible (Cass. 01.10.2002, RG P011006N, www.juridat.be ; Cass 29.04.1998, JLMB 1999, p. 231).

En application de l'article 157 de la loi coordonnée le 14.07.1994, un sursis d'une durée de 1 à 3 ans peut être accordé lorsque dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ou aucune demande de remboursement de prestation induite n'a été introduite.

Sous réserve du respect de cette condition, l'octroi d'un sursis est laissé à l'appréciation souveraine de la juridiction administrative.

e.2) Application au cas d'espèce :

Le SECM sollicite la condamnation de Madame A. au paiement des amendes administratives suivantes :

- pour les prestations non effectuées (grief 1), 200% du montant de la valeur des prestations indûment attestées, soit la somme de 65.817,02 euros ;
- pour les prestations non conformes (grief n°2), 150 % du montant de la valeur des prestations indûment attestées, soit la somme de 144.765,48 euros.

Il appartient au SECM de démontrer la réunion dans le chef de Mme A. des éléments constitutifs des infractions faisant l'objet du grief litigieux.

Comme relevé ci-avant, l'élément matériel propre à chacune des infractions est bien établi.

L'élément moral est également établi, le non-respect de la nomenclature des prestations de santé ayant été commis librement et consciemment par Madame A., l'éventuelle bonne foi de même que l'absence d'intention frauduleuse de cette dernière étant sans incidence sur l'existence de l'élément moral.

Un prestataire de soins a par ailleurs un devoir de rigueur, de vigilance et de probité et il doit s'informer sur ses obligations légales.

La circonstance qu'elle n'ait jamais été sanctionnée dans le passé ne constitue pas non plus une erreur invincible.

En sa qualité d'infirmière expérimentée, Madame A. était justement à même plus que quiconque, de se rendre compte qu'elle devait respecter scrupuleusement la nomenclature et tenir un dossier infirmier complet et à jour.

Enfin la loi impose que le dossier infirmier soit complet et à jour et non « presque » à jour, ce qui n'est d'ailleurs pas le cas en l'espèce.

C'est donc à juste titre que la Chambre de première instance a estimé que les infractions avaient bien été commises par Madame A., qu'elles lui étaient imputables et qu'aucune erreur invincible ne pouvait être retenue dans son chef.

e.3) Hauteur de la peine :

La sanction prévue à l'article 142, § 1^{er}, al. 1, 1^o de la loi ASSI, soit pour les prestations non effectuées (grief 1), est une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % du montant de la valeur des prestations concernées.

La sanction prévue à l'article 142, § 1^{er}, al. 1, 2^o de la loi ASSI, soit pour les prestations non conformes (grief 2), est une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des prestations concernées.

Le SECM expose à juste titre que l'attestation de prestations non effectuées est l'infraction la plus grave que puisse commettre un dispensateur de soins, lequel est investi d'une grande confiance de la part d'un organisme public. Madame A. a attesté des prestations non effectuées pour un montant fort important de **32.908,51 euros** sur une période de 15 mois. La Chambre n'aperçoit pas de circonstance atténuante. L'amende fixée au montant de 200% est justifiée et proportionnée à la gravité de l'infraction : 200% x 32.908,51 euros = **65.817,02 euros**.

En ce qui concerne les prestations non conformes, c'est à bon droit que le premier juge a pu constater que Madame A. avait gravement méconnu les règles de la nomenclature. Elle a attesté des toilettes pour des soins ne pouvant pas être attestés ; des codes d'injection ont été utilisés abusivement pour des prises de sang ; des soins ont été attestés alors qu'ils avaient été réalisés par une personne non habilitée ; il n'y a pas de dossiers infirmiers reprenant le contenu minimal requis par la nomenclature. Les manquements ne sont pas anodins et le montant des prestations indûment attestées est très élevé.

L'amende de 150% doit cependant se calculer sur la somme de 95.880,32 euros et non de 96.510,32 euros de sorte que l'amende relative aux prestations non conformes s'élève à **143.820,48 euros** au lieu de 144.765,48 euros, dont 116.169,49 euros au lieu de 117.114,50 euros pour la partie relative à la non tenue des dossiers infirmiers.

Ce montant apparaît justifié et proportionné à la gravité de l'infraction.

e.4) Le sursis :

Le sursis d'une durée de un à trois ans peut être accordé lorsque, dans les trois ans précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ni aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle au sein ou auprès de l'Institut (article 157 de la loi ASSI).

Le sursis est révoqué de plein droit lorsque le dispensateur est condamné du chef d'une nouvelle infraction visée à l'article 73*bis*, commise pendant le délai d'épreuve.

Compte tenu de l'absence d'antécédents dans les trois ans précédant le prononcé de sa décision, c'est à bon droit que la Chambre de première instance a pu estimer y avoir lieu d'assortir d'un sursis partiel la condamnation à l'amende administrative infligée pour les prestations non conformes.

La Chambre de recours considère néanmoins, au vu notamment de l'absence d'antécédents spécifiques qu'il y a lieu d'assortir la totalité de l'amende relative aux prestations non conformes (soit **143.820,48 euros** au lieu de 144.765,48 euros) d'un sursis de 50% pendant un délai de trois ans sans limiter celui-ci aux prestations relatives à la non-tenue des dossiers infirmiers et ce, dans le but d'inciter Madame A. à s'amender et à se conformer désormais strictement à la réglementation.

La décision a quo sera réformée quant à ce.

f) Intérêts :

Les sommes, dont les appelantes sont redevables, doivent être payées dans les trente jours de la notification de la présente décision. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent de plein droit des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3 de la loi du 05.05.1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai (art.156, §1^{er}, al. 2, de la loi ASSI tel que modifié par l'article 26 de la loi du 17 juillet 2015 portant dispositions diverses en matière de santé).

g) Article 156 de la loi coordonnée le 14.07.1994 :

Pour le surplus il convient de rappeler qu'en application de l'article 156, §1 de la loi coordonnée le 14.07.1994, les décisions du fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambres de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours.

Il découle de ce qui précède que l'appel est très partiellement fondé.

Par ces motifs, la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

Composée de Monsieur MATHIEU Emmanuel, Docteur RAIMONDI Marie-Anne, Docteur HANOTIAU Isabelle, Madame ORBAN Jacqueline, Monsieur DECUYPER Claude.

Après en avoir délibéré et statuant contradictoirement à l'égard des parties ;

Mesdames RAIMONDI, HANOTIAU, ORBAN et de Monsieur DECUYPER ayant rendu leur avis sans prendre part à la décision ;

Ecartant comme non fondées toutes conclusions autres, plus amples ou contraires ;

Dit l'appel de Madame A., de la SPRL B. et de la SPRL C. recevable et partiellement fondé ;

Par conséquent :

Réformant :

Condamne Madame A. au paiement d'une amende administrative s'élevant à 150% du montant de la valeur des prestations indues au titre des prestations non conformes, soit la somme de **143.820,48 euros** (article 142, §1, 2° de la loi ASSI) ;

Dit que cette amende sera assortie d'un sursis partiel d'une durée de 3 ans correspondant à 50% de ladite amende ;

Confirme la décision prononcée le 27.03.2018 par la Chambre de première instance pour le surplus ;

Dit qu'à défaut de paiement des sommes dues dans les trente jours de la notification de la présente décision, celles-ci produiront de plein droit des intérêts au taux légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, §3 de la loi du 05.05.1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai ;

La présente décision est rendue, après délibération, par la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI,

Composée de Monsieur MATHIEU Emmanuel, Docteur RAIMONDI Marie-Anne, Docteur HANOTIAU Isabelle, Madame ORBAN Jacqueline, Monsieur DECUYPER Claude.

La présente décision est prononcée à l'audience du 4 avril 2019 par M. MATHIEU Emmanuel, président, assisté de Madame METENS Caroline, greffier.

METENS Caroline
Greffier

MATHIEU Emmanuel
Président